

## NYS ਯੂਨੀਫਾਰਮ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਅਰਜ਼ੀ

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੀਮਾ ਖਤਮ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ ਪਰ ਤੁਹਾਡੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਦੇ 10% ਤੋਂ ਵੱਧ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਨਾਲ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਨਿਊਯਾਰਕ ਰਾਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵੱਲੋਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

*ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵੱਲੋਂ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੁਆਰਾ ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੂਲ<sup>1</sup> ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਛਾਪੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।*

### ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ)

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਆਖਰੀ)		
ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)		
ਪਤਾ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ/ਯੂਨਿਟ #	
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ
ਸੰਪਰਕ ਫੋਨ #		
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ ਹੈ)		
ਈਮੇਲ ਪਤਾ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਵੇ)		

### ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ, ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ (ਅਣਵਿਆਹੇ ਜੋੜੇ), ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਸ਼੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਹ ਹਰ ਕੋਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸਦਾ ਨਾਮ ਇਸ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੈ।

ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਤੁਹਾਡੀ ਉਸ ਆਮਦਨੀ ਤੋਂ ਹੈ ਜੋ ਟੈਕਸ ਕੱਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਕਮਾਈ (ਉਜਰਤ, ਤਨਖਾਹਾਂ, ਬਖਸ਼ੀਸ਼ਾਂ, ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਕਮਾਈ), ਅਣ-ਅਰਜਿਤ ਆਮਦਨੀ (ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ, ਅਤੇ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਲਾਭ), ਯੋਗਦਾਨ (ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸਤਾਂ ਤੋਂ ਫੰਡ), ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਹੋਰ ਸਰੋਤ (ਅਸਥਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨੀ) ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

<sup>1</sup> “ਮੂਲ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ” ਵਿੱਚ ਸਾਲਾਨਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸੰਚਾਰ-ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਵੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸੇਵਾ ਖੇਤਰ ਦੀ 1% ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਬਾਦੀ ਦੁਆਰਾ ਬੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਵੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਯੂ.ਐਸ. ਜਨਗਣਨਾ ਬਿਊਰੋ ਤੋਂ ਉਪਲਬਧ ਜਨਸੰਖਿਆ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਗਣਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਕੂਲ ਸਿਸਟਮ ਡੇਟਾ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਕ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

## NYS ਯੂਨੀਫਾਰਮ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਅਰਜ਼ੀ

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਰਸ਼ਿਤਾ	ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ (ਮੌਜੂਦਾ)
	ਸਵੈ	

ਹਸਪਤਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੇ ਸਟੱਬ (ਤਨਖਾਹ ਦੀ ਪਰਚੀ), ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਇੱਕ ਪੱਤਰ, ਜਾਂ ਫਾਰਮ 1040 ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

### ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸਥਿਤੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਡ (Medicaid), ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare), ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਬੀਮਾ ਸਹਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਲਕ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਖਰੀਦਿਆ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ “ਨਹੀਂ” ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

### ਘੱਟ ਬੀਮਾ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼: ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਉੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

\$

ਹਸਪਤਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

**ਮਰੀਜ਼/ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ:** ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਫਾਰਮ ‘ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਮਾਪੇ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ) ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਉਹ ਬਾਹਰੀ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਤਸਦੀਕ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼/ਏਜੰਟ/ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਦਸਤਖਤ)  
(Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))

ਮਿਤੀ  
(Date)

ਸਮਾਂ  
(Time)

ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ  
(Print Name)

ਜੇਕਰ ਮਾਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ ਰਿਸ਼ਤਾ  
(Relationship if other than patient)

## ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ, ਅਤੇ ਗੁਪਤਤਾ

- ਤੁਸੀਂ ਉਗਰਾਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕੋਈ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਲੰਬਿਤ ਹੈ, ਹਸਪਤਾਲ ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਰਿਕਵਰੀ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਕਮ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਸੰਬੰਧੀ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ।
- ਹਸਪਤਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਪਹਿਲੇ ਬਿੱਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 180 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਉਗਰਾਹੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਬਿੱਲ ਨਹੀਂ ਭੇਜ ਸਕਦਾ।
- ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਨੂੰ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਬਕਾਇਆ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਸਮੇਤ ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨਾਹੀ ਹੈ। ਗਰੀਬੀ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਇੱਥੇ ਲੱਭੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਸਿਰਫ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੱਦ ਤੱਕ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਕੋਈ ਹਸਪਤਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਰਥਵੈਲ ਹੈਲਥ ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਫ਼ਤਰ (Northwell Health's Financial Assistance Office) ਨਾਲ (800) 995-5727 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।**
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਪਰੋਕਤ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਕੇ, <https://www.northwell.edu/assistance> 'ਤੇ ਐਨਲਾਈਨ ਜਾ ਕਰਕੇ, ਜਾਂ ਨੋਰਥਵੈਲ ਹੈਲਥ ਫਾਈਨੈਂਸੀਅਲ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ (Northwell Health Financial Assistance Unit), P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747 ਵਿਖੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਲਈ ਵਾਧੂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਐਡਵੋਕੇਟਸ (Community Health Advocates) ਨਾਲ: 888-614-5400 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਯੋਗਤਾ

ਹੇਠਾਂ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਆਮਦਨੀ ਪੱਧਰਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਛੋਟ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਛੋਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਕੁਝ ਵੀ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।

ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਿਅਕਤੀ ਯੋਗ ਹਨ:

- ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਘੱਟ ਆਮਦਨੀ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ; ਜਾਂ
- ਘੱਟ ਬੀਮਾ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਪਿਛਲੇ ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕੱਠੇ ਹੋਏ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਜੋ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਦੇ ਦਸ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਨ); ਜਾਂ
- ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋ ਪੂਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਜਾਂ
- ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਆਪਣੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ (ਕੋ-ਪੇਮੈਂਟ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਟੌਤੀ ਯੋਗ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਘੱਟ ਜਾਂ ਛੋਟ ਵਾਲੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 400% ਤੱਕ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।

## ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ (2025)			
ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ	200%	300%	400%
1 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 ਵਿਅਕਤੀ	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

ਸਾਲਾਨਾ ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੋਟੇ ਦਰਾਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਲਾਈਡਿੰਗ ਫੀਸ ਸਕੇਲ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ:

ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਪੱਧਰ	ਭੁਗਤਾਨ
200% FPL ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ	ਸਾਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁਆਫ਼ ਕਰੋ
200% - 300% FPL	ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼: ਮੈਡੀਕੇਡ (Medicaid) ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਦੇ 10% ਤੱਕ ਸਲਾਈਡਿੰਗ ਸਕੇਲ। ਘੱਟ ਬੀਮਾ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੀਮਾ ਲਾਗਤ ਵੰਡ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਦਾ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 10% ਤੱਕ।
301% - 400% FPL	ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼: ਮੈਡੀਕੇਡ (Medicaid) ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਦੇ 20% ਤੱਕ ਸਲਾਈਡਿੰਗ ਸਕੇਲ। ਘੱਟ ਬੀਮਾ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬੀਮਾ ਲਾਗਤ ਵੰਡ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ ਦਾ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 20% ਤੱਕ।

ਹਸਪਤਾਲ ਯੋਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉੱਚ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਛੋਟੇ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

### ਕਿਸਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ

ਕਿਸਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ (ਇੰਸਟੈਲਮੈਂਟ ਪਲਾਨ) ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜੋ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਵਾਲੀ ਦਰ 'ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹਨ। ਮਾਸਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਕੁੱਲ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨੀ ਦੇ 5% ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਦਾਇਗੀ ਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ 'ਤੇ ਵਸੂਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਵਿਆਜ ਦਰ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ, 2% ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।

## ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

### (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਹੀਨਾ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਆਸ਼੍ਰਿਤ (ਜਿਵੇਂ ਬੱਚੇ) ਲਈ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਗਣਨਾ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ (ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲਾ, ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਟੈਕਸ 'ਤੇ ਆਸ਼੍ਰਿਤ) 'ਤੇ ਹਰ ਕੋਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇਗਾ।

ਹੇਠਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨੀ ਨਾ ਹੋਣ ਦਾ ਬਿਆਨ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਨਿਊ ਯਾਰਕ ਸਟੇਟ ਐਂਡ ਹੈਲਥ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਤੋਂ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਪੰਨਾ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:	ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨਾ ਰਕਮ:	ਬਿਨੈਕਾਰ ਇਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ:
ਉਜਰਤ	\$	ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਪੇ-ਚੈੱਕ ਸਟੱਬ (ਤਨਖਾਹ ਪਰਚੀ), ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਲੈਟਰਹੈਡ 'ਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪੱਤਰ, ਹਸਤਾਖਰਿਤ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, ਜਾਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤੀ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।
ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਭੁਗਤਾਨ	\$	ਪੁਰਸਕਾਰ ਪੱਤਰ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਾਂ ਯੂ.ਐੱਸ. ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਤੋਂ ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ, ਜਾਂ ਸਾਲਾਨਾ ਲਾਭ ਪੱਤਰ। ਆਪਣੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਾਭ ਪੱਤਰ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-772-1213 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 'ਤੇ ਜਾਓ।
ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	\$	NYS ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਲੇਬਰ ਤੋਂ ਪੁਰਸਕਾਰ ਪੱਤਰ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਜਾਂ ਮਾਸਿਕ ਲਾਭ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਪ੍ਰਿੰਟਆਊਟ ਦੇ ਨਾਲ ਸਿੱਧੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਾਰਡ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਾਂ NYS ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਲੇਬਰ ਤੋਂ ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ, ਜਾਂ NYS ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਲੇਬਰ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ) ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੇ ਖਾਤੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟਆਊਟ।
ਅਪੰਗਤਾ ਭੁਗਤਾਨ	\$	ਪੁਰਸਕਾਰ ਪੱਤਰ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਤੋਂ ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ, ਜਾਂ ਸਾਲਾਨਾ ਲਾਭ ਪੱਤਰ ਦੀ ਕਾਪੀ। ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਪੱਤਰ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-772-1213 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 'ਤੇ ਜਾਓ।
ਕਾਮਿਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	\$	ਪੁਰਸਕਾਰ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਚੈੱਕ ਸਟੱਬ (ਤਨਖਾਹ ਪਰਚੀ) ਦੀ ਕਾਪੀ।
ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ/ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ	\$	ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੁਕਮਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਾਂ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਨਕਦ ਭੁਗਤਾਨ ਚੈੱਕ/ਰਸੀਦਾਂ।
ਲਾਭ-ਅੰਸ਼/ਵਿਆਜ	\$	ਤਿਮਾਹੀ ਲਾਭ-ਅੰਸ਼ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ 1 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਸਟੇਟਮੈਂਟ।
ਹੋਰ	\$	ਗੈਰ-ਤਨਖਾਹ ਕਮਾਈ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਵੇ) ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਪੱਤਰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਘਰ ਦੇ ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ, ਛੋਟੇ-ਮੋਟੇ ਕੰਮਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਕਦੀ, ਆਦਿ।
ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਨਹੀਂ	\$0	ਆਮਦਨੀ ਨਾ ਹੋਣ ਦਾ ਹਸਤਾਖਰਿਤ ਬਿਆਨ।

## NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

You may be eligible for hospital financial assistance to pay your bills if you are uninsured, if your insurance is exhausted, or if you have health insurance but have proof of paid medical expenses totaling more than 10% of your income. Completing this form will start your request for hospital financial assistance. This form is used by all hospitals in New York State.

*This application must be printed in the primary<sup>1</sup> languages spoken by patients served by the hospital.*

### Patient Name (complete information that is applicable)

Patient Name (First, Middle, Last)		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Address	Apartment/Unit #	
City	State	Zip
Contact Phone #		
Parent/Guardian or Lawful Representative Name (if patient is a minor child or an incapacitated adult)		
Email Address (if any)		

### Family Information:

Please list below all family members in your household. Your household includes yourself, your spouse or domestic partner, and any children or other dependents. For example, this would include everyone listed on the same tax return.

Gross income means your income **before** taxes are deducted.

Gross income can consist of work earnings (wages, salaries, tips, earnings from self-employment), unearned income (social security, disability, and unemployment benefits), contributions (funds from family or friends), and other sources of income (temporary assistance and supplemental security income).

<sup>1</sup> "Primary languages" includes any language that is used to communicate in at least 5% of patient visits per year, or any language spoken by more than 1% of the primary hospital service area population, as calculated using demographic information available from the United States Bureau of the Census, supplemented by data from school systems.

## NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Full Name	Relationship	Total Gross Income (Current)
	Self	

The hospital may request you submit documentation as proof of income; examples of documentation might include a pay stub, a letter from your employer if applicable, or Form 1040.

### Health Insurance Status

Do you have any form of health insurance, including Medicaid, Medicare, or private insurance through your employer or purchased on your own?

☐ Yes   ☐ No

If you answered "No," would you like assistance in applying for any of these programs?

☐ Yes   ☐ No

### Underinsured patients: people with insurance and high medical expenses.

If you have insurance, please provide an estimate of the medical bills you paid in the past 12 months.

\$

The hospital may request you submit documentation as proof of paid medical expenses.

**Patient/Responsible Party: If not the patient, list the name of the person signing the form and their authority to sign on behalf of the patient (e.g., spouse, parent, legal representative).**

I understand that the information I submit may be subject to verification from external sources. I certify that the information is true and complete to the best of my knowledge.

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature)	Date	Time	Print Name
Relationship if other than patient			

## MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

### Application Timeline, Patient Rights, and Confidentiality

- You can apply for financial assistance at any point during the collection process.
- You do not have to make any payment to this hospital until you receive a decision on your application for financial assistance. Hospitals may not forward accounts to collection while your application is pending.
- If you are denied financial assistance, you have the right to appeal. Information on how to do so will be included in the hospital's notice you receive. You may have the right to appeal the amount of your financial assistance. The hospital will include information about how to appeal in their decision letter.
- Hospitals cannot send unpaid bills to a collection agency for at least 180 days after your first bill.
- Hospitals are prohibited from taking legal action, including filing lawsuits, to recover unpaid medical bills for patients below 400% of the federal poverty level. Poverty guidelines can be found here: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Any information provided in this application will only be used by the hospital to determine your eligibility for financial assistance and will remain confidential to the extent permitted by law.
- A hospital cannot deny you medically necessary services because you have an outstanding medical bill.
- If you need assistance with this application, **please contact Northwell Health's Financial Assistance Office at (800) 995-5727.**
- Please submit your application by speaking to a representative at the above phone number, online at <https://www.northwell.edu/assistance>, or by mail at Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- If you need additional assistance with this application or help appealing a decision, you can reach out to Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Eligibility

Nothing limits a hospital's ability to establish patient eligibility for payment discounts at income levels higher than those specified below and/or to provide greater payment discounts for eligible patients than those required by Public Health Law. Additionally, immigration status shall not be an eligibility criterion for the purpose of determining financial assistance.

The following individuals are eligible:

- Low-income individuals without health insurance; or
- underinsured individuals (out-of-pocket medical costs accumulated in the past twelve months that amount to more than ten percent of such individual's gross annual income); or
- those who have exhausted their health insurance benefits, and who can demonstrate an inability to pay full charges; or
- at the hospital's discretion, individuals who can demonstrate an inability to pay their co-pay and/or deductible can request a reduced or discounted payment.

Individuals up to 400% of the federal poverty level are eligible for financial assistance.



## MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Federal Poverty Levels (2025)			
Household Size	200%	300%	400%
1 Person	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Persons	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Persons	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Persons	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Persons	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Persons	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Persons	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Updated annually: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Minimum Discount Rates

If you qualify for financial assistance, your charges will be reduced according to your income on a sliding fee scale as follows:

Income Level	Payment
Below 200% FPL	Waive all charges
200% - 300% FPL	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>
301% - 400% FPL	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>

Hospitals may choose to provide greater discounts for eligible patients and/or offer payment discounts for patients at higher income levels.

### Installment Plans

Installment plans are available to patients who are unable to pay the reduced rate all at one time. Monthly payments cannot exceed 5% of your gross monthly income and the rate of interest charged to the patient on the unpaid balance, if any, shall not exceed 2%.

## REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME

Please include the income information for the patient, their spouse, and any dependents (such as children). For example, this would include everyone on the same tax return (tax filer, spouse, and tax dependents) in the calculation of household income.

The following is a list of documents you can use to prove your income. You do not have to provide all these documents. You can also provide a statement of no household income if you have no income.

You may also provide the Eligibility determination page from the NY State of Health Marketplace. If you have this document, you do not have to provide any other income information listed below to the hospital.

If Household Receives:	Amount per Month:	Applicant May Provide:
Wages	\$	Please provide one Paycheck Stub, or Letter from Employer on company letterhead, signed and dated, or most recently filed income tax return.
Social Security Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from the U.S. Social Security Administration, or annual benefit letter. To request a copy of your Social Security benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Unemployment Compensation	\$	Copy of award letter/certificate, or monthly benefit statement from NYS Department of Labor, or Copy of Direct Payment Card with printout, or Correspondence from the NYS Department of Labor, or Printout of recipient's account information from the NYS Department of Labor's website ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Disability Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from Social Security Administration, or copy of annual benefit letter. To request a copy of your benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Workers Compensation	\$	Copy of Award Letter or Check stub.
Alimony/Child Support	\$	Copy of court order, or 3 months of cashed checks/receipts.
Dividends/Interest	\$	Quarterly dividend statements or 1 month statements.
Other	\$	Letter stating the amount of non-wage earnings (if any), such as rental income, cash for odd jobs, etc.
No Income	\$0	Signed statement of no income.